UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 128

FACULTÉ DE MÉDECINE

ESSAI

SUR

LE PRONOSTIC DE LA FIÈVRE DE MALTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1911

PAR

Maurice PEYROT

Né le 14 mai 1884, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire)

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

Examinateurs de la Thèse — GRASSET, *Professeur, Président.* ; GRANEL, *Professeur.* ; GAUSSEL, *Agrégé.* ; RICHE, *Agrégé.* — Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1911

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 128

FACULTÉ DE MÉDECINE

ESSAI

SUR

LE PRONOSTIC DE LA FIÈVRE DE MALTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Maurice PEYROT

Né le 14 mai 1884, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire)

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

Examinateurs de la Thèse { GRASSET, *Professeur, Président.* / GRANEL, *Professeur.* / GAUSSEL, *Agrégé.* / RICHE, *Agrégé.* } Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
SARDA..... ASSESSEUR
IZARD..... SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS PAUL.
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT ED.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, *Professeur, Président*. MM. GAUSSEL, *Agrégé*.
GRANEL, *Professeur*. RICHE, *Agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

De tous les noms que je voudrais inscrire ici, je n'en retiendrai qu'un, le plus cher,

MA MÈRE

à qui je dédie ce travail.

M. P.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534902_0102

SOMMAIRE ANALYTIQUE

I. AVANT-PROPOS — Importance croissante de la fièvre de Malte en France, justifiant l'étude présente.

II. DIVISION DU SUJET.

III. A. PRONOSTIC CLINIQUE
- *Mort*
  - Nombre de décès et pourcentage.
  - Causes des décès.
  - Date des décès dans la suite de la maladie.
  - Relations avec l'âge et le sexe.
- *Guérison*
  - *a* Marchs.
  - *b* Durée de la maladie.
  - Séquelles
    - osseuses et articulaires
    - cardiaques.
    - psychiques.
    - nerveuses.
    - trophiques.
    - etc.

    → Observ.

IV. B. SÉRO-PRONOSTIC.

V. C. PRONOSTIC SOCIAL
- Avortements et accouchements prématurés cause de natalité moindre.
- Avortements des chèvres et brebis, d'où
  - Pas de chevreaux.
  - Pas d'agneaux.
  - Pas ou peu de lait.
  - Pas ou peu de fromages.
- La nocivité possible des œufs.
- Longue incapacité et médication coûteuse. → Considérations pécuniaires.

VI. APPLICATION DU PRONOSTIC — d'après
- le pouls.
- la température.
- les hémorragies.
- les sueurs.
- les formes cliniques.

VII. CONCLUSIONS.

ESSAI

SUR

LE PRONOSTIC DE LA FIÈVRE DE MALTE

AVANT-PROPOS

Il m'a paru intéressant de chercher quel avenir attendait les victimes de la fièvre de Malte, d'étudier ce qu'il pouvait rester des principales manifestations de cette redoutable maladie, et d'essayer de rassembler les divers éléments de son pronostic.

Pendant les six mois de mon séjour à Sumène, j'ai eu l'occasion de suivre un grand nombre de méditerranéens et d'amasser, avec l'amical concours du docteur Cantaloube, quelques documents susceptibles d'apporter des éclaircissements sur des points jusqu'ici imprécis.

La fièvre de Malte, chacun le sait dans le Midi, mérite de retenir l'attention du praticien ; sa fréquence, et personne aujourd'hui ne saurait la contester sérieusement, sa gravité, les nombreux accidents qu'elle comporte, l'inactivité qu'elle impose à ses victimes pendant de longs mois justifient amplement l'étude que je me propose d'entreprendre.

Il y a plus : il est logique de penser qu'une connaissance plus approfondie de la maladie permettra d'étiqueter autrement, et partant de formuler un pronostic tout autre pour

des typhoïdes qui s'éternisent, pour des rhumatismes qui résistent au salicylate de soude, pour des paludismes chez lesquels la quinine est impuissante, pour des tuberculoses qui guérissent en huit jours.

Chaque jour apporte une preuve nouvelle de l'extension du mal ; en fait, le mal ne s'étend pas : on le dépiste peu à peu, à mesure qu'on apprend à le mieux connaître, et bientôt chaque département apportera son contingent à la maladie.

Pour l'instant, voici la distribution géographique de la fièvre de Malte. On en a constaté des cas dans les *Bouches-du-Rhône*, le *Gard*, l'*Hérault*, l'*Aude*, le *Tarn*, les *Pyrénées-Orientales*, l'*Aveyron*, le *Vaucluse*, le *Var*, les *Alpes-Maritimes*, les *Basses-Alpes*, la *Drôme*, l'*Isère*, le *Rhône*, le *Puy-de-Dôme*, la *Seine*, la *Seine-et-Marne*, la *Somme*.

Nous pensons que partout où se trouvent des représentants de l'espèce ovine ou caprine, la septicémie de Bruce ne tardera pas à être dépistée.

DIVISION DU SUJET

Le pronostic de la fièvre de Malte ne peut être complètement édifié que par l'étroite collaboration du clinicien, du bactériologiste et de l'économiste. C'est à la clinique qu'il appartient de fixer le pourcentage des décès, la durée du mal, sa gravité et ses suites

— Le laboratoire, interrogeant les tubes de séro-réaction ou disposant ses cultures, essaiera d'établir un rapport entre la vitesse d'agglutination et l'intensité de la réaction vitale.

— Quant aux désordres provoqués dans l'activité agricole, commerciale ou industrielle d'une région par l'invasion d'une épidémie mélitococcique, seul l'économiste pourrait en préciser les détails.

LE PRONOSTIC DANS LA CLINIQUE

M. de la Palisse dirait d'un malade : « Il guérira ou il mourra ». Cette alternative, qui est celle de tous les malades, nous sert à grouper utilement les méditerranéens, suivant l'inégale occurrence de leur destinée.

Il y a des méditerranéens qui meurent : ceci n'est pas discutable, puisque les preuves en sont malheureusement quotidiennes. Mais il importe, à leur propos, de savoir combien il en meurt, pourquoi et à quel moment ils meurent.

Combien il en meurt ? Il semble, à première vue, que la réponse soit aisée et qu'il suffise de compter. Sans doute les médecins qui se sont occupés de la fièvre de Malte ont compté, mais leurs chiffres ne concordent pas.

Les classiques, partant du taux de 2 % relevé par Eyre dans la population militaire de Malte, répètent que l'infection méditerranéenne est bénigne, mais cette basse mortalité ne se retrouve pas dans la population civile de cette même île de Malte, puisque, bien au contraire, elle y atteint 10 %.

L'épidémie de Saint-Martial-Sumène, avec ses 14 décès sur 210 cas, abaisse le taux aux environs de 7 %.

A Saint-Bauzille-de-Montmel, sur 25 cas, on aurait compté un décès, ce qui donne du 4 %.

Comment justifier ces contradictions ? L'écart énorme constaté entre les éléments civils et militaires de Malte s'explique aisément si l'on réfléchit à leur différente composition ; dans celui-ci, des organismes choisis, jeunes et vigoureux ; dans celui-là, des enfants débiles, des vieillards à la merci de la

première infection qui passe, des adultes tarés, alcooliques, tuberculeux, paludéens ou syphilitiques.

Et tandis que les militaires font l'objet de soins attentifs, que la séro-réaction pratiquée systématiquement décèle chez eux des atteintes à peine ressenties, le civil ne va chez le médecin que fortement touché ; tous les cas bénins échappent.

J'ajouterai à ces considérations qu'il faut tenir compte du génie épidémique, des conditions géographiques, climatériques, saisonnières et économiques.

Comme les autres infections, la fièvre de Malte peut se montrer meurtrière ici, alors qu'ailleurs elle émousse son acuité, et c'est là une justification suffisante de la discordance des chiffres donnés par les auteurs.

Pratiquement, car seule une conclusion pratique est à retenir de cette discussion, on ne s'écartera pas de la vérité en laissant flotter la mortalité méditerranéenne entre les niveaux de 6 et de 10 %.

Ce nombre élevé trouve pour sa réalisation de multiples pourvoyeurs : on ne meurt pas dans la fièvre de Malte d'une façon uniforme : chez un individu, une congestion pulmonaire massive et bilatérale entraînera le dénouement fatal ; cet autre devra sa fin aux progrès de la cachexie mise en branle par l'impotence d'un foie surmené par une longue carrière alcoolique.

A Saint-Martial-Sumène, Cantaloube voit succomber 16 méditerranéens et établit ainsi le détail de sa nécrologie :

— Pneumonie, 1 cas.

— Congestion pulmonaire, 2 cas.

— Syndrome méningé et cérébro-spinal, 4 cas.

— Confusion mentale, 2 cas.

— Accidents convulsifs dans une forme septicémique avec thyroïdite et asthénie cardiaque, 1 cas.

— Vomissements incoercibles, 1 cas.

— Cachexie progressive avec lésions hépatiques, 2 cas.

— Ictus hémiplégique, 1 cas.

— Infection urinaire, 1 cas.

— Dyspnée *sine materia*, 1 cas.

Le professeur Rauzier publie, dans la *Presse médicale* du 4 mars 1911, un cas mortel de fièvre de Malte à forme de leucémie aiguë. Son observation détaillée, avec procès-verbal d'autopsie, ajoute un masque de plus à la collection déjà innombrable des masques revêtus par la fièvre de Malte.

Brault (d'Alger) relate, dans la *Gazette des Hôpitaux* (septembre 1910), avec contrôle nécropsique, l'observation d'une femme de 45 ans qui succomba aux suites d'une vaste ostéite cranienne survenue en même temps qu'une ostéite du fémur et du tibia pendant l'évolution d'une fièvre de Malte.

Simond, Aubert, Blanchard et Arlo attribuent le décès d'une méditerranéenne à une septicémie aiguë streptococcique.

Si maintenant, passant en revue cette suite de décès, nous cherchons à évaluer la durée de ces cas mortels, les chiffres obtenus varient dans de hautes proportions.

Un jeune homme de 24 ans (observat. CXXXVII de Cantaloube) meurt après deux mois de maladie et seulement quatorze jours de lit dans des accidents encéphalo-méningés.

Un malade de 65 ans (observat. I de Cantaloube) finit après onze mois de martyre une misérable vie traînée de rechute en rechute et achevée enfin par la ténacité d'accidents angiocholitiques.

Une rétrécie mitrale de 31 ans (observat. XIV de Cantaloube), fatiguée depuis un mois, mais ne gardant pas le lit, est emportée en dix-huit jours par une congestion formidable de tout l'appareil pulmonaire.

La méditerranéenne pseudo-leucémique du professeur Rauzier met onze mois à parachever son histoire lamentable.

Nous disons que la fièvre de Malte tue à tout âge. 14 méditerranéens qui ont succombé dans l'épidémie de Cantaloube offrent le tableau suivant :

HOMMES (âge)	DURÉE DE LA MALADIE	FEMMES (âge)	DURÉE DE LA MALADIE
43 ans	4 mois	31 ans	2 mois
58 —	5 —	24 —	3 —
55 —	36 jours	55 —	3 —
51 —	6 mois	59 —	9 —
76 —	35 jours	31 —	3 —
40 —	4 mois		
24 —	2 —		
65 —	11 —		
76 —	5 —		
40 —	3 —		

La malade de Simond, Aubert, Blanchard et Arlo avait 20 ans. L'hospitalisé du professeur Rauzier, 39 ans ; le cas de Brault, 45 ans. En un mot, la fièvre de Malte, qui tue à tout âge, tue aussi à tout moment de son évolution.

Dans ce total de dix-sept décès, rentrent douze hommes et six femmes ; je donne ce détail comme supplément d'information et non pour conclure à une moindre résistance du sexe masculin vis-à-vis du mal. Toutefois je dois ajouter que, pour Cantaloube, la femme, au moins dans l'épidémie de Saint-Martial, semblerait réaliser moins souvent des formes graves.

Ces formes graves constituent heureusement la minorité, puisque 90 % des méditerranéens guérissent. Je me hâte d'ajouter qu'ils y mettent le temps.

Si la fable de la prétendue bénignité de la fièvre de Malte a désormais vécu, on tombe à mon sens dans une erreur aussi regrettable en évaluant la durée de la fièvre de Malte. Les classiques, avec Janselme et Rist, écrivent : « La durée moyenne de la fièvre de Malte paraît être, d'après les statistiques de Hughes, qui portent sur 372 cas : de 60 à 70 jours ; mais elle peut se prolonger beaucoup au delà : 300 jours (Hughes) ; 18 mois (Bruce) ; 2 ans (Viale, Hughes).

Toutes réserves faites, à cause de la variabilité épidémique, ce chiffre de 60 à 70 jours paraît de beaucoup inférieur à la réalité.

Thibault, dans sa récente monographie, rapporte l'opinion de Eyre : « La durée de la maladie est très variable. Eyre estime que 10 % au plus des cas ne durent qu'un mois ou moins ; 50 % durent plus de deux mois, 25 % plus de trois mois, et dans au moins 15 % la durée de six mois est dépassée ».

Donc déjà, pour Eyre, la fièvre de Malte durerait plus longtemps que ne le pense Hughes.

Je crois, après mes séjours répétés à Sumène et mes investigations sur les lieux mêmes de l'épidémie, que les chiffres de Cantaloube, plus élevés que les précédents, ne sont pas exagérés. Ils portent sur un total de 136 cas pris au hasard mais soigneusement étudiés, et s'inscrivent en des courbes dont voici la reproduction :

(*Voir les graphiques.*)

Comment expliquer maintenant l'opinion de Eyre et surtout celle de Hughes, pour qui l'infection méditerranéenne ne se prolongerait habituellement pas au delà de deux mois ?

On peut admettre, certes, une diversité de virulence microbienne ou une réceptivité différente : la scarlatine, grave en Angleterre, respecte assez le Français, et le paludisme nostras est un paludisme pour rire à côté du paludisme tropical.

Mais avant de recourir à une possible mais indémontrée variabilité du coefficient morbide, pourquoi ne pas évoquer l'*équation personnelle* de chaque observateur ? Pour celui-ci, en effet, une infection finira avec la chute de la fièvre ; celui-là, au contraire, jugera ses clients encore malades tant qu'ils ne se déclareront pas guéris.

On dira sans doute : « Une fois la fièvre tombée, la convalescence commence, et la convalescence ne compte pas, cliniquement, dans la durée du mal ». D'accord ; mais si la réflexion vaut pour la typhoïde, la variole, la scarlatine, elle

risque de troubler trop gravement la représentation exacte de la fièvre de Malte et d'en fausser la compréhension. Un méditerranéen interrogé sur ce point répond : « J'ai gardé le lit un mois seulement, mais j'attends encore la guérison depuis six mois ».

Cette réponse, entendue souvent, affirme la formule tirée des enseignements de Saint-Martial : « Dans la fièvre de Malte, le séjour au lit ne compte pas pour plus du tiers dans la durée totale ».

(*Voir graphiques ci-contre.*)

Il n'est donc pas, en dehors de la tuberculose et de la syphilis, de maladie continentale qui accapare aussi longtemps le malade ; et si elle n'inspire pas la crainte que les infections à bacille de Koch et à spirochètes jettent dans l'esprit de leurs victimes, du moins mieux qu'elles sait-elle torturer et décourager.

C'est sur la fièvre de Malte qu'un auteur anglais cité par Thibaut émet cette boutade saisissante de réalité : « Malade et médecin s'envoient réciproquement à tous les diables » (1).

(1) Je trouve dans la « *Fiebre Mediterranea ó de Malta en Espana* », de Duran de Cottes, une relation de D. Miguel Garcia Camba évaluant la durée des fièvres de Malte soignées par lui, entre dix mois et deux ans ; jamais moins de cinq à six mois. Ce qui vient à l'appui de notre opinion.

SEQUELLES EN GÉNÉRAL

Je vais passer ici en revue ce que j'appellerai les séquelles de la fièvre de Malte. Ce terme de séquelles prêterait à confusion si l'on ne précisait le sens dans lequel il sera employé.

Séquelles signifie aussi bien les traces définitives du passage de la maladie que les difformités, tares, impotences, insuffisances organiques ou fonctionnelles persistant un temps plus ou moins long après le début de la convalescence.

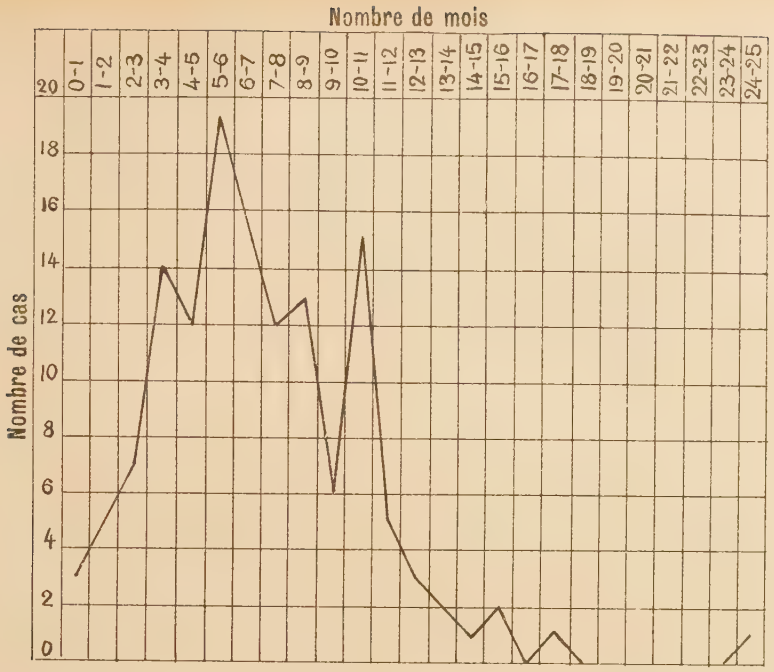
J'appelle séquelle : l'incapacité de marche rencontrée chez une femme (observat. II) et qui trois ans après l'invasion du mal arrive à peine à fléchir ses pieds sur la jambe pour assurer la station debout. Cette femme guérira certainement d'une façon complète, et sous peu ; cependant son histoire mérite d'être rangée parmi les formes à séquelles.

Séquelle encore cette flexion irréductible des genoux qui confine au lit une méditerranéenne de 52 ans et que seule une intervention chirurgicale rendra à la vie normale.

Séquelle toujours, la lésion mitrale de cet homme de 25 ans qui emporte de sa fièvre de Malte non guérie ce souvenir cardiaque douloureux

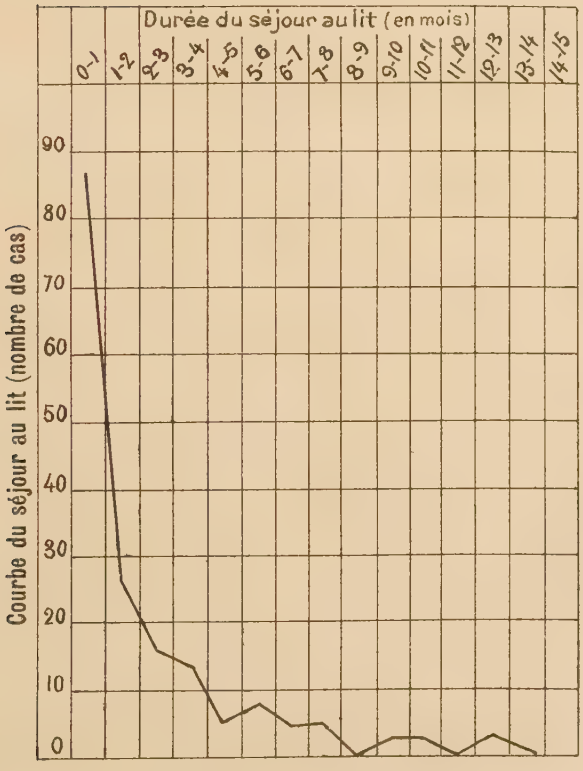
J'indiquerai d'ailleurs chaque fois le caractère passager, durable ou indélébile de ces séquelles, et j'aborde maintenant leur détail.

Une classification serait vaine pour l'instant. L'étude de ces « laissés pour compte » de la fièvre de Malte reste encore à faire, et le silence des travaux anglais ou italiens sur ce point, la date trop récente des cas français observés ne faciliteraient pas cette tentative.



Courbe de la durée de la maladie (Cantaloube)

Les abscisses représentent le nombre de cas ;
les ordonnées la durée de la maladie



Courbe du séjour au lit (Cantaloube)

Les abscisses représentent le nombre de cas ;
les ordonnées la durée du séjour au lit

Je n'aurai d'autre but, dans cette modeste contribution, que de grouper des faits intéressants, bien que parfois un peu disparates, sous des étiquettes provisoires.

Sous ces réserves, je décrirai des séquelles osseuses ou articulaires, cardiaques, nerveuses, psychiques, sensorielles et génitale.

SÉQUELLES OSSEUSES ET ARTICULAIRES

On ne sera pas surpris de voir à cette première place les altérations osseuses et articulaires, puisque la fièvre de Malte chérit particulièrement ces éléments essentiels de l'appareil locomoteur.

Les douleurs signalées si souvent dans les observations ont pour hôtes habituels les tiges osseuses et leurs articles. Quoi d'étonnant à ce qu'une clavicule visitée par le mal s'hypertrophie et reste ainsi le témoin perpétuel d'une infection sévère, qu'un genou torturé jour et nuit par d'atroces élancements, assailli en tous ses éléments, se laisse aller à de dangereuses positions et s'y immobilise définitivement, condamnant la malade à une attitude incompatible avec la marche par la rétraction des tendons, l'augmentation des condyles fémoraux et la subluxation du tibia en arrière.

Voici d'ailleurs quelques observations :

Observation Première

Observation XLVII de Cantaloube

Une malade de 59 ans, dont le début de la maladie remonte à mars 1908, sent, le 12 janvier 1909, une douleur dans le genou droit avec tout le cortège symptomatique de la fièvre de Malte. La douleur n'est pas si intense qu'elle ne puisse « *faire les vers à soie* ».

Mais le 23 juillet 1909 rechute grave avec céphalée, frissons, sueurs, constipation.

Le genou ne commence à augmenter de volume qu'en août : épanchement saillant dans le cul-de-sac sous-tricipital et à droite, le genou se fléchit progressivement.

On installe l'appareil à extension continue : la flexion ne dépasse alors que de quelques degrés l'angle droit.

Peu à peu l'angle de flexion s'augmente, mais sur les conseils de son entourage la malade enlève son appareil.

Le 10 décembre le genou a des apparences d'ostéo-sarcome avec son gonflement, ses bosselures, sa peau blanchâtre, sillonnée de veines ; il est plus chaud que l'autre. Les douleurs sont moindres, la fièvre est nulle, mais les progrès réalisés sont perdus ; la flexion ne dépasse pas l'angle droit. L'épanchement existe toujours disséminé, mais surtout marqué sous le triceps. L'épiphyse apparaît déjà gonflée surtout au niveau du condyle interne.

Le 10 décembre, le genou gauche, dont la malade souffre légèrement depuis quelques jours, présente un peu d'épanchement localisé autour de l'interligne.

A partir du 10 décembre, l'épanchement du genou droit s'atténue peu à peu ; les condyles deviennent de plus en plus saillants, la rotule, plus perceptible, paraît collée entre les condyles.

Le 6 février 1910, le professeur Riche voit la malade avec le docteur Cantaloube, et nos deux confrères constatent :

Genou droit. — Flexion à 60°, saillie du condyle interne, hypertrophie non douloureuse ; le condyle externe est hypertrophié en moindre proportion. Fixité de la rotule (quelques mouvements latéraux à peine perceptibles).

Très léger épanchement dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le cul-de-sac sous-tricipital.

Genou gauche. — Flexion à 100°, léger épanchement, la rotule n'a qu'une mobilité latérale très limitée ; pas de saillie notable des condyles.

— J'ai revu cette femme en juillet 1911 : la difformité persiste ; le genou gauche dépasse légèrement dans son extension l'angle droit, mais le genou droit est toujours à 90°.

Les rotules ne sont plus mobilisables par tension extrême du tendon rotulien ; les condyles font saillie en avant, mais pas de *genu valgum* ni de *varum*.

On sent, à la face postérieure de la cuisse, les tendons fléchisseurs durs, tendus en une corde rigide.

Les deux genoux ont l'aspect de subluxation en arrière.

Voici l'observation du pied qui, après trois ans de maladie, se fléchit difficilement sur la jambe.

OBSERVATION II

(Observation CLXXII de Cantaloube)

Femme de 32 ans, séro-positif ; début apparent, janvier 1909. Séjour au lit, six mois.

Mal en train depuis un mois, elle accouche le 22 janvier 1909. Suites normales, mais le 31 janvier les lochies s'arrê-

tent, frissons ; en même temps, douleurs dans les pieds et les talons. Les douleurs ont duré quinze mois. Les articulations de la cheville et du pied se tuméfient, et progressivement le pied s'étend sur la jambe en même temps que s'ébauche un varus.

Le pied droit, d'abord le plus touché, s'améliore, tandis qu'à gauche l'état empire.

En juin 1910, alors que l'état général est satisfaisant, que les douleurs spontanées ont disparu, il est impossible de fléchir le pied droit à angle droit.

A gauche, on en est encore bien loin : l'articulation tibio

tarsienne reste gonflée. On sent que les tissus péri-articulaires sont épaissis : il persiste un peu d'épanchement.

La radiographie pratiquée par le docteur Sucquet, de Nimes, démontre l'intégrité du squelette.

Je revois la malade en juillet 1911 ; elle marche sans le secours de canne, mais le retour à la normale est loin d'être complet. Le traitement a consisté en massages et en manœuvres mécanothérapiques, simplistes, mais d'efficacité réelle : une planchette doublant la semelle et la dépassant portait à son extrémité une ficelle sur laquelle la malade tirait pour obtenir des mouvements de flexion du pied.

Voici l'observation de trois malades chez qui la fièvre de Malte touche les articulations thoraciques.

OBSERVATION III

(De Cantaloube)

Homme 51 ans.

Début : janvier 1909.

Durée : 11 mois, 4 rechutes.

Dès les premiers jours de janvier, lassitude, frissons légers, dégoût, sueurs nocturnes, puis arthralgie modérée du genou gauche, sans épanchement ni rougeur.

Cette arthralgie disparaît, et après un intervalle de bien-être de quelques semaines, tuméfaction douloureuse au niveau des extrémités antérieures des 2e, 3e, 4e et 5e côtes droites (chondrite ou périchondrite).

Cette douleur, très intense pendant deux mois (mars, avril), s'est atténuée ensuite considérablement, mais sans cesser tout à fait.

En février 1910, il reste un gonflement des parties lésées, déterminant une asymétrie très nette du thorax. Après un intervalle de calme relatif, douleur dans l'épaule gauche avec épanchement modéré, la fièvre atteint son maximum, 40°5.

Deux mois après, arthralgie sacro-iliaque bilatérale et très douloureuse.

En même temps, fluxion bilatérale des articulations du poignet.

Constipation opiniâtre jusqu'en août, suivie de quarante jours de diarrhée ; puis selles normales quotidiennes.

Sueurs nocturnes fétides.

Desquamation généralisée par larges squames. Chute de cheveux. Bouffissure généralisée en octobre. Pas d'orchite, pas d'épistaxis, de troubles visuels ou auditifs.

Actuellement, la tuméfaction est définitive, au niveau des 2e, 3e, 4e et 5e articulations chondro-sternales. La pression est légèrement douloureuse.

OBSERVATION IV

(Observation CI de Cantaloube)

Homme 42 ans.

Début : 9 février 1909.

Séjour au lit : 3 mois et 20 jours.

Durée de la maladie : 6 mois, 5 rechutes.

Le 9 février, violent frisson, avec dyspnée et point de côté, congestion pulmonaire. Epistaxis peu abondantes.

Cet état persiste jusqu'au 9 mai (3 mois), interrompu par deux rechutes, sans que le malade ait quitté son lit.

Sueurs extrêmement abondantes.

En avril, chondrite ou périchondrite des deux premiers cartilages costaux droits. Talalgie, douleurs épigastriques. Congestion douloureuse du foie et de la rate.

Constipation extrême.

Se lève le 9 mai.

Rechute le 1er juin.

Le 20 juin, le mieux apparaît progressivement.

Fin juillet 1911, il persiste une légère tuméfaction non douloureuse et appréciable seulement au toucher.

OBSERVATION V

(Observation CXII de Cantaloube)

Femme 31 ans.

Début : mars 1909.

Séjour au lit : 36 jours.

Durée de la maladie : 3 mois.

Apres un mois d'asthénie, de dégoût, de courbature, une phlébite se développe. Une semaine plus tard, les cartilages des deux ou trois premières côtes droites se gonflent, deviennent douloureux : la peau rosit à ce niveau.

Simultanément, le lobe droit du corps thyroïde (la malade avait toujours eu le cou gros) prend de grosses proportions, au point de déterminer de la dyspnée par compression.

Pouls rapide, régulier (sauf les derniers jours), 120-130. A l'auscultation dans la position couchée, on ne perçoit que la tachycardie et la mollesse des contractions. Si l'on fait tourner la tête à gauche, on perçoit au niveau de la chondrite ou de la périchondrite un souffle aigu, bref, remplaçant le deuxième bruit.

Le cœur fléchit les derniers jours. Mort.

Voici le cas d'hyperostose de la clavicule :

OBSERVATION VI

(Observation CXXV de Cantaloube)

R. H., homme de 60 ans ; séro-positif.

Début apparent, le 13 février 1909.

Durée de la maladie : 9 mois.

Trois rechutes.

Du 1er au 20 mai, orchite droite douloureuse ; pas d'atrophie consécutive, mais la tête de l'épididyme est encore indurée au bout de huit mois.

Névralgie occipitale droite. Ostéo-périostite de la moitié sternale de la clavicule droite avec épaississement notable et persistant.

Myalgies diverses.

En juillet 1911, je revois ce malade ; l'hypertrophie persiste sans aucun trouble particulier.

Lagriffoul et Roger signalent, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un cas avec polyarthrite et différentes rétractions tendineuses :

OBSERVATION VII

Femme de 40 ans.

Début il y a trois ans.

Tableau clinique habituel.

En mai 1909, douleur débutant par le membre supérieur droit, et prenant successivement le membre inférieur droit le membre supérieur et inférieur gauche.

Pendant deux ans, la malade a pu marcher avec des béquilles ; depuis un an, elle ne peut plus.

Sont atteintes les petites articulations des mains, des poignets, des coudes, de l'épaule gauche, les deux genoux et quelque peu la hanche droite et le pied droit.

Les douleurs prédominent au niveau des genoux. La main est déformée, avec des doigts noueux et déjetés en dehors. Les poignets sont augmentés de volume, les coudes gros et douloureux.

Les genoux sont à demi-fléchis avec extension du membre impossible, les tendons sont rétractés, les surfaces osseuses volumineuses, les mouvements de la hanche sont limités.

J'arrive maintenant à un cas de pseudo-coxalgie qu'on aurait volontiers mis dans une gouttière ou dans un plâtre si l'on n'avait été prévenu par des symptômes méditerranéens antécédents.

OBSERVATION VIII

(Observation CLV de Cantaloube)

Homme 29 ans ; séro-positif.
Début, le 19 mars 1909.
Durée de séjour au lit : 41 jours.

Le 19 mars 1909, malaises et céphalée droite ; les cheveux commencent à tomber, et du côté droit seulement.

Du 19 mars au 24 avril, le malade n'éprouva, en dehors de la céphalée que de la lassitude et du dégoût.

Il s'alite le 24 avril pour une violente arthralgie sacro-iliaque gauche, qui l'immobilise jusqu'au 1er juin. Sueurs abondantes fétides. Constipation opiniâtre les trois premières semaines.

Appétit irrégulier. Hoquet à diverses reprises. Rien dans les selles. Vomissements matutinaux non alimentaires survenant pendant quelques jours à chaque rechute.

Trois courtes rechutes.

Asthénie, pollakiurie diurne légère. Desquamation furfuracée en août. Chute abondante de cheveux. Diminution des acuités visuelle et auditive.

Pas d'orchite ni d'épistaxis. Appétit bon de décembre 1909 à mars 1910. Névralgie intercostale le 1er mars 1909.

Quatrième rechute le 20 mars 1910. Douleur au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le moyen adducteur est contracturé et douloureux. Les forces sont revenues.

En juin 1910, il réalise une pseudo-coxalgie typique qui, après un mois d'état stationnaire, s'améliore progressivement et paraît définitivement guérie en décembre 1910.

Depuis cette époque, ce malade avait repris progressivement ses travaux, lorsque, en mai 1911, se développe le tableau d'une mélancolie grave avec idées de suicide, psychose sur laquelle je me propose de revenir dans un instant.

A ces faits précis je crois utile d'ajouter l'indication d'une résection costale, pratiquée dans un milieu hospitalier sur un malade de Saint-Martial dont le fils succomba à la fièvre de Malte et qui lui-même, au cours de 1910, après plusieurs mois de maladie, souffrit d'une tuméfaction thoracique pour laquelle il réclama des soins chirurgicaux. La tuméfaction fut estimée de nature tuberculeuse et l'intervention pratiquée.

X... revint dans ses foyers avec une large brèche suppurante et un pronostic sombre.

Ce pauvre homme guérit contre toute espérance. Au lieu du bacille de Koch n'était-ce pas du Bruce ?

Je me rappelle aussi avoir vu, dans une maison qui abritait déjà deux méditerranéens, un jeune homme de 24 ans,

d'aspect florissant, pour qui le mot de tuberculose fut prononcé par une bouche d'ailleurs autorisée, à cause d'un abcès lombaire jugé pottique. Pour des raisons diverses, la séro-réaction ne peut être pratiquée, mais si, faute de preuve,

on ne peut donner à cette histoire un caractère probant, personnellement notre conviction clinique est faite.

Toutes ces lésions osseuses, articulaires ou para-articulaires, ces abcès à allures froide ou chaude doivent être parfaitement connus du chirurgien.

Que d'erreurs de la sorte seront évitées ! Nul n'aurait hésité à immobiliser dans une gouttière ou dans un plâtre le malade

de l'observation VIII, dont l'aspect lamentable évoquait la coxalgie tuberculeuse.

Ce n'eût pas été d'ailleurs la première fois : témoin le petit malade de Gillot (d'Alger), dont la pseudo-coxalgie méditerranéenne méconnue et crue tuberculeuse entraîna l'application d'un appareil plâtré et une immobilisation de quatre mois.

La séro-réaction de Wright dénonça l'erreur ; on enleva le plâtre, on fit marcher l'enfant et la guérison survint en dépit de ce traitement pour le moins intempestif.

Le pied de l'observation II, qui progressivement prend l'attitude de l'équin et du varus, ne paraissait-il pas justiciable d'une intervention sanglante ?

Une malade dont j'ai publié tout au long l'observation dans le *Montpellier Médical* d'août 1910 fut victime d'une rechute de fièvre de Malte sept jours après une hystérectomie vaginale pratiquée, le 3 mai 1910, par le professeur de Rouville.

Brusquement, le 10 mai, la température monte à 40° et redescend en lysis pour faire de rapides oscillations avec des températures normales le matin et remontant l'après-midi (à 3 heures, plus de 39°).

Pas de vomissements.

Le ventre est souple.

Aux toucher et palper combinés, on ne sent rien dans le petit bassin ; la cicatrice vaginale est fermée.

Le 24 mai on déchire cette cicatrice pour voir s'il n'y avait pas de suppuration pelvienne.

Ainsi cette malade, affaiblie par sa salpingo-ovarite, minée par sa fièvre de Malte (qu'un examen approfondi démontra), épuisée par sa première opération, fut l'objet d'un second acte opératoire ! et ce uniquement parce que la fièvre de Malte était à peine connue à cette époque.

SEQUELLES CARDIAQUES

Deux observations illustreront ce paragraphe : l'une, inédite, concerne un homme de 60 ans qui, atteint de fièvre de Malte au cours de l'épidémie de Saint-Martial, offrit des manifestations cutanées, pulmonaires et cardio-rénales intéressantes. Une congestion pulmonaire intense avec crachats hémoptoïques ouvrit la scène, et ce premier acte se termina sur l'apparition d'un vaste érythème scarlatiniforme occupant tout le dos et persistant quatre ou cinq jours. Avec une rechute se montrèrent la bouffissure du visage et des mains, expliquée suffisamment par une albuminurie d'environ un gramme. Bouffissure, albuminurie, urines sales cédèrent en un mois environ, et l'amélioration s'accentuait progressivement lorsque le cœur parut atteint. Un double souffle fut perçu à la mitrale, révélant l'altération de cette valvule : souffle irréductible qui persista après la disparition des autres troubles, seul témoignage de la fièvre de Malte disparue.

Un matin (treize mois environ après le premier accident), le malade, en se levant, tomba foudroyé, probablement par une embolie.

— L'autre observation, relatée par Sarradon dans l'*Echo médical des Cévennes*, a trait également à une endocardite mitrale survenue chez un homme de 56 ans deux mois après le début apparent de la maladie et persistant sept mois après, c'est-à-dire cinq mois après la chute de la fièvre.

Les derniers renseignements recueillis indiquent que cette endocardite est plutôt en voie de régression.

SEQUELLES NERVEUSES

Je range dans les séquelles nerveuses ces deux exemples de paralysie, l'une des extenseurs du pied droit, l'autre de l'extenseur du gros orteil gauche, rapportés par Cantaloube, et indubitablement méditerranéens.

La première guérit lentement par un traitement électrique, l'autre s'atténue spontanément, bien que nettement appréciable, après treize mois de maladie.

Dans ce même groupe de séquelles nerveuses, je range l'abolition du réflexe rotulien, qu'on retrouve chez un certain nombre de méditerranéens guéris, — la persistance pendant trois mois d'un hoquet que rien n'arrêtait et qui subsistait alors que toutes les autres manifestations de la maladie avaient disparu.

Et je n'oublie pas cette exagération de la sensibilité, l'hyperesthésie accusée par certains méditerranéens guéris depuis plus d'un an, et qui, ressentant des douleurs, peu durables il est vrai, après une fatigue, une longue marche, un refroidissement, croient voir de nouveau à leur chevet le spectre redouté de la fièvre de Malte.

SEQUELLES PSYCHIQUES

Les séquelles psychiques de la fièvre de Malte n'acquièrent pas, semble-t-il, l'importance de ces mêmes séquelles consécutives à la méningite ou à la fièvre typhoïde.

L'épidémie de Saint-Martial-Sumène, au cours de laquelle se rencontrèrent plusieurs exemples du syndrome que Régis a minutieusement disséqué sous le nom de *confusion mentale*, a, chez quelques malades, déterminé une altération du fonds mental qui semble sinon définitive (il est trop tôt pour se prononcer), du moins fâcheusement persistante.

Deux méditerranéens dont Cantaloube rapporte l'histoire psychique dans la *Province Médicale* du 29 mai 1910, gardent encore un déficit cérébral accusé, et cependant la fièvre a cessé chez l'un depuis sept mois et depuis cinq mois chez l'autre. — Ce déficit se retrouve aussi dans l'histoire d'une dizaine de malades Suménois avec des caractères à peu près identiques. L'amnésie, et surtout l'amnésie de fixation, l'exagération de l'émotivité, le puérilisme, constituent les principaux éléments de cet état.

Mais entre tous, il est un méditerranéen dont le cas soulève une suite de réflexions utiles.

Je viens de résumer son histoire (Observ. VIII) et d'indiquer la mélancolie qui survint il y a deux mois, alors qu'il paraissait définitivement guéri.

X..., qui hésitait d'abord longuement avant de se rendre à son travail, finit par refuser de sortir. Il reste assis sans bouger, et borne toute conservation à ces quelques mots : « Ma pauvre mère, j'irai me pendre. Tu verras, répète-t-il au bout d'un instant, que je me pendrai ».

Il accepte de se mettre à table, mais quelquefois après avoir préalablement refusé. Son expression n'est pas celle d'un déprimé, mais d'un anxieux.

Le pouls oscille entre 100 et 120, pas de troubles organiques, pas de gâtisme.

Les tendances au suiçide constituent chez X... l'élément dominant de la psychose. Il ne menace personne mais se montre irritable. A un voisin qui vient prendre de ses nouvelles, il répond sèchement, mais, le voisin parti, il s'accuse de brutalité et ne peut s'empêcher d'aller trouver son visiteur et lui exprimer humblement ses regrets.

Au médecin qui l'ausculte, il dit : « Ce n'est pas la peine ». — « Pourquoi ? » — « Parce que je vais aller me pendre. »

La consultation terminée, il se lève pour sortir, mais sur le pas de la porte s'arrête. Il faut l'entraîner, il a peur, le dehors l'effraie.

Au total, mélancolie anxieuse avec idée fixe de suicide, survenant, disons-nous, il y a deux mois, alors qu'il paraissait *définitivement guéri.*

— Mais, disent les parents, nous le trouvions triste, l'air occupé. — Il n'est pas étonnant qu'il soit triste, répondons-nous ; après une maladie douloureuse et interminable qui lui vole ses forces et le ruine, il perd son oncle puis son père ; après la souffrance et la misère : le deuil. — Sans doute ! cependant après la mort de son père il va *faire ses dix-sept jours* et revient joyeux, « il a passé du bon temps », dit-il.

Le problème, je crois, restera insoluble : on ne peut dire mélancolie méditerranéenne, puisqu'on ne peut pas affirmer qu'il s'agisse de mélancolie chez un méditerranéen. Mais il est, semble-t-il, utile de retenir que quelques mois seulement après la terminaison favorable d'une pseudo-coxalgie, un homme de 34 ans atteint de fièvre de Malte sans antécédents ni collatéraux psychiques a versé dans la psychose grave. Et à ce titre le problème méritait d'être posé.

Un autre méditerranéen sans tare préalable contracte la fièvre de Malte en janvier 1909. Une douleur localisée à la

nuque, des troubles gastriques variés, des périodes d'incontinence d'urine, remplissent les deux ans qu'il passe dans son lit à gémir. Il tombe, au bout de cette longue étape, dans l'étreinte de la neurasthénie ou plutôt de ce que Pierre Janet appelle la psychasthénie. Ce malade n'a plus rien, il ne se plaint de rien, mais il se plaint de tout. Irritable, aboulique, et en dépit de cette aboulie, autoritaire cependant, il torture son entourage en s'épuisant lui-même dans une stérile concentration. — Depuis plus d'un an il n'a plus de fièvre, toutes les fonctions s'exercent normalement, seul le psychisme reste désemparé.

Comme pour le précédent, aucune psychose n'existe dans les antécédents ou les collatéraux, mais à l'inverse du précédent, dont la mélancolie ne procède peut-être pas de l'infection mélitococcique, notre psychasténique tire indiscutablement son altération mentale de la fièvre de Malte.

Il sera certes intéressant, plus tard, de rechercher le bilan psychopathique définitif de l'épidémie de Saint-Martial. Les événements sont encore trop récents pour permettre des conclusions assurées.

SEQUELLES TROPHIQUES

A peu près tous les méditerranéens accusent, de longs mois après leur guérison apparente, une faiblesse variable dans les membres et particulièrement dans les membres inférieurs, où les muscles, réduits à leur plus simple expression, donnent à la main qui les palpe à travers une peau dépourvue de sa doublure graisseuse, l'impression de cordes flottant dans un sac.

Cependant il ne s'agit pas de séquelle, de lésion définitive ; le retour à la normale se fait lentement mais sûrement.

Troubles trophiques aussi l'œdème, la bouffissure, qui épaississent les méditerranéens longtemps après la chute de la fièvre (deux ans dans un cas de Sumène) et dont la disparition coïncide avec le retour complet à la santé.

La chute de cheveux, si fréquente dans la fièvre de Malte, et particulièrement chez les femmes, n'a guère produit à ma connaissance qu'un cas d'alopécie définitive mais partielle.

AUTRES SÉQUELLES

Je n'en dirai qu'un mot, me contentant de signaler l'atrophie testiculaire monolatérale constatée à Sumène chez un cultivateur de 57 ans, et l'hypoacousie à évolution rapide dont se plaint un jeune homme de 28 ans, à la vérité suspect de prédisposition héréditaire à la surdité.

SERO-PRONOSTIC

Peut-on, par la rapidité de l'agglutination, préjuger de la bénignité de la maladie ?

« La faiblesse persistante de ce pouvoir ou sa diminution brusque doivent faire redouter une terminaison fatale. » (Janselme et Rist.)

« Birt et Lamb (189), Gandon (1906), accordent une réelle valeur au séro-pronostic. Plus le pouvoir agglutinant est et reste élevé, ou croît de manière progressive, plus on a de chances d'avoir affaire à une forme bénigne. Inversement, plus le pouvoir agglutinant est faible ou encore lorsque ce pouvoir, d'abord élevé, tombe brusquement à un taux inférieur, plus la forme paraît devoir être sérieuse. » (Thibault, *Fièvre de Malte*, Baillière.)

— D'une façon générale la rapidité du pouvoir agglutinant indique une forte réaction de défense de la part de l'économie.

On en peut conclure, ou que l'infection est bénigne, ou que, si l'infection est grave, l'organisme lutte avec avantage. Que ce pouvoir agglutinant vienne à cesser : on en conclura que les ressources défensives de l'organisme auront été épuisées.

Et de fait, dans l'épidémie de Saint-Martial-Sumène, j'ai vu un malade (observat. IX) dont le sérum agglutinait à 1 p. 50 en une demi-heure ; sa maladie, à forme très sévère, tourna court rapidement.

Par ailleurs il est légitime de penser, avec le docteur Thibault (communication verbale), que pour ajouter une foi absolue aux caractères de la séro-réaction dans un cas donné, il

faudrait la pratiquer avec un *micrococcus melitensis* provenant du malade en question au lieu d'opérer sur un banal *micrococcus* de laboratoire bon à tout faire, et forcément atténué, dans ses diversés réactions biologiques, par des passages répétés de culture en culture.

Et nous nous demandons à notre tour si le coccus de Bruce conserve chez l'individu, au cours d'une infection, une virulence toujours égale, si les classiques rechutes ne constituent pas des recharges d'énergie réalisées par ces accumulateurs de toxines que sont les germes de la fièvre de Malte.

PRONOSTIC SOCIAL

La fièvre de Malte est un fléau social, certes pas comparable, quant à la mortalité au moins, aux grandes épidémies de choléra ou de peste, mais ceux qui ont vu de près la véritable épidémie de misère qui a doublé l'épidémie de Saint-Martial-Sumène savent tous les ravages que le *micrococcus* fait autour de lui.

Les économies lentement amassées s'en vont vite en remèdes et en soins médicaux. La fièvre de Malte ruine l'ouvrier, le paysan, dont les bras vaincus se refusent à tout travail. Les champs sont désertés.

L'avortement si fréquent (38 %) des chèvres et des brebis prive le propriétaire d'une grosse source de revenus : plus d'agneaux, plus de chevreaux, plus de lait, et quand il y en a, comme on le sait dangereux par lui-même on le convertit en caillé ou en fromage, dont personne ne veut.

Les œufs de poule — car la poule n'échappe pas elle non plus à l'infection — peuvent être, dans certaines circonstances, un élément de contagion. « Il semble étonnant de prime-abord que l'œuf frais, recouvert de sa coquille, même consommé à plus ou moins longue échéance, puisse être incriminé ; leur asepsie absolue, leur absence de toxicité paraît être la règle ; ce n'est pas cependant ce que montre l'expérience : des bactéries diverses ont été isolées dans les œufs fraîchement pondus ; dans les vieux œufs elles abondent, et l'on a pu retrouver des saprophytes, le *Bacillus oogenes hydrosultureus* avec ses variétés, provoquant la formation d'hydrogène sulfuré ; le *Bacillus oogenes fluorescens*, donnant

naissance à un pigment vert fluorescent ; des levures, des moisissures variées, des bactéries de la putréfaction ; enfin, en dehors de ces saprophytes, des germes pathogènes. » (Rouget et Dapter, *Hygiène alimentaire.*)

Et de fait, les docteurs Cantaloube et Daudé (du Vigan) ont soigné une malade, chez qui une minutieuse enquête démontra que la contagion méditerranéenne ne pouvait guère s'expliquer que par des œufs provenant d'un poulailler décimé par une épizootie et consommés presque crus.

Peut-être des études ultérieures établiront que la consommation de la viande crue de porc insuffisamment salée est aussi un mode de contamination.

Une question intéressante vient se poser maintenant à l'esprit : on sait les fréquents avortements des chèvres et des brebis sous l'influence de la fièvre de Malte, et l'épidémie de Saint-Martial-Sumène a montré largement combien le *micrococcus* menaçait la gestation. Par ailleurs, la femme paraît soumise aux mêmes risques, puisque des interruptions spontanées de grossesse ont été signalées, tant à Sumène par Cantaloube, qu'à Lasalle par Malzac. Il m'a paru curieux de rechercher jusqu'à quel point la fièvre de Malte pouvait compromettre la natalité, et ceci non seulement pour les raisons précédentes, mais à cause d'une stérilité possible, masculine ou féminine, déterminée par l'intoxication méditerranéenne.

Les registres de l'état-civil consultés donnent, pour la population de Saint-Martial, s'élevant à 600 habitants environ, les chiffres suivants :

Années	Naissances
1905	6
1906	19
1907	10
1908	9
1909	10
1910	10
1911 (juillet)	4

Toute conclusion ferme se dérobe ; il est difficile de percevoir une différence nette sur des nombres aussi peu élevés. Aussi retiendrons-nous seulement que l'épidémie de Saint-Martial ne paraît pas se répercuter par un abaissement de la natalité (1).

(1) Le Dr Lastaria, professeur libre à l'Université de Naples, rapporte un cas d'avortement à quatre mois et demi (*Archives italiennes de Gynécologie*) févr. 1911), et d'autre part le Dr Bourguet, communiquant six observations de fièvre de Malte à la *Société de Médecine militaire française*, signale deux accouchements prématurés et conclut : « L'avortement a été signalé par Williams, Cantaloube, Scherb. Les observations de ces auteurs corroborent les expériences de Conor chez la brebis, où le *micrococcus militensis* a été retrouvé dans le sang du cœur du fœtus après inoculation à la mère..... On ne saurait trop insister sur cette complication de la fièvre de Malte. Son pronostic, déjà sévère si l'on songe au taux de mortalité qui varie de 2 à 6 p. 100, s'assombrit du fait qu'elle peut en outre menacer la race *in ovo*. »

APPLICATION DU PRONOSTIC

Devant une fièvre de Malte peut-on d'emblée formuler un pronostic de durée ou de gravité ; en se basant sur la prédominance de tel ou tel symptôme, ou sur la forme clinique qu'affecte la maladie ?

La température ne paraît pas fournir un élément de pronostic.

Des températures très élevées tombent parfois subitement, et le malade s'achemine rapidement vers la guérison.

Témoin l'observation suivante :

OBSERVATION IX

(Observation CVI de Cantaloube)

Homme 34 ans, éthylique et spécifique.

Début, le 26 février 1910. Se couche le 28. Céphalée frontale violente, vomissements, nausées, sueurs fétides localisées à la tête.

Brisement dans les reins et les épaules, langue rôtie. Température, 40°. Du 28 février au 10 mars, la température oscille faiblement de 39° à 40°2.

Constipation. Délire furieux. Rate grosse et douloureuse. foie douloureux à la pression.

Gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite.

Il y a une différence de 20 à 30 pulsations entre le pouls de la position allongée et celui de la position assise (85.110-90.120).

Le 20 mars dans la nuit, défervescence brusque, vomissements, sueurs froides.

Le 21 à midi, collapsus algide. Sérum antidiphtérique, 10 cc. Amélioration le lendemain ; le malade a pris du nucléinate de soude tous les jours.

Trois semaines après, il se promène.

Le sérum de ce malade précipitait au cinquantième en une demi-heure.

D'autres fois, des températures anodines marchant parallèlement avec un ensemble clinique rassurant serviront de prélude à l'éclosion soudaine d'accidents redoutables. Je fais allusion à cette observation de confusion mentale (Cantaloube, in *Province Médicale*, 27 avril 1910 dont le sujet, un vigoureux gaillard de 40 ans, s'éteignait en quelques semaines sans que, à aucun moment, la marche du mal, son intensité, l'état des organes aient suggéré des craintes, sans que le moindre faux pas du cerveau ait annoncé l'affaissement mental définitif et rapidement mortel.

Ou bien c'est un ambulatoire que montre sa fièvre de Malte à tous les chemins et trouve dans la bénignité de l'affection une compensation à sa longueur. Il s'endort dans une trompeuse sécurité, commet des imprudences, et un jour des douleurs surgissent avec leur cortège d'insomnie, d'inappétence et de déchéance organique brutale.

Ce n'est donc pas à la température ou au seul extérieur qu'on demandera de juger la gravité du mal. S'appuyer sur d'aussi incertains éléments d'appréciation ouvre le champ à de cruels mécomptes.

Le pouls. — Hughes signale la dissociation du pouls et de la température et attache à ce signe une certaine valeur diagnostique ; de même Lemanski, qui croit la dissociation fréquente. D'autres auteurs n'en parlent pas. Janselme et Rist n'y font aucune allusion. Thibault la signale sans insister. Cantaloube montre par des exemples combien elle est inconstante, non seulement d'un individu à l'autre, mais chez un même malade.

Jusqu'à plus ample informé il est prudent de ne pas compter sur elle et de se garder d'attribuer à ce symptôme une signification pronostique quelconque.

Par contre, le rythme du pouls, considéré indépendamment de la courbe thermométrique éclairera le clinicien sagace habitué à demander à la radiale plus d'un motif de craindre ou d'espérer. Une tachycardie persistante accompagnée de mollesse et d'assourdissement des bruits assombrira le pronostic.

Inversement, des battements nets, bien frappés, sans dureté, indiquent, en l'absence de toute exagération de tension artérielle, une réaction vigoureuse et augurent d'une défense excellente.

Hémorragies. — Les hémorragies abondantes coexistent habituellement avec des formes graves, ce qui n'est pas fait pour surprendre, puisque pour certaines infections, en particulier la variole, les tendances hémorragiques annoncent une sévérité exceptionnelle.

« Nous n'avons jamais vu survenir de saignement important chez des malades bénignement touchés. Des trois épistaxis à tamponnement observées à Saint-Martial, deux appartiennent à des cas mortels, le troisième à un jeune homme qui, au bout d'un an, désespérait encore après la guérison. L'entérorragie rapportée par Simond, Aubert, Blanchard et Arlo, apparut peu de jours avant l'issue fatale.

A Saint-Martial-Sumène, trois méditerranéens ont des selles sanglantes, trois décès. L'otorragie, la spermatorragie, les métrorragies coexistent avec une évolution traînante et grave. » (Cantaloube et Thibault, *Journal des Praticiens*, 1911.)

Sueurs. — A peu près constantes (80 %), leur abondance ne paraît pas constituer un élément de bon ou de mauvais augure. J'ai choisi dans les observations de Cantaloube les malades dont les sueurs furent excessives, et je vois que la durée moyenne de leur maladie n'a pas dépassé six mois.

Troubles intestinaux. — La constipation est fréquente dans

la fièvre de Malte, dont elle constitue un des symptômes cardinaux ; et de son existence on ne peut tirer pour le pronostic aucune conclusion utile.

Au contraire la diarrhée, surtout la diarrhée d'emblée, oblige à des restrictions ; elle se rencontre dans la plupart des observations à terminaison fatale. Dans l'épidémie de Saint-Martial, quatre diarrhéiques sont morts, huit autres ont « traîné » des mois entre des alternatives de mieux et de pis.

Œdème. — L'œdème ne paraît autoriser aucune déduction pronostique. Toutefois il est assez habituel de le rencontrer dans les formes prolongées, et en particulier l'œdème opulent du visage qui frappe l'observateur non prévenu et fait croire à la guérison de méditerranéens encore souffrants, cet œdème indique que le retour à la normale n'est pas encore prochain.

Un cas de bouffissure énorme matelassant le malade a été rencontré à Sumène (observat. CXL Cantaloube) chez un homme de 64 ans malade depuis plus de deux ans.

Foie et rate. — Il n'existe pas de corrélation entre le volume du foie et de la rate et l'intensité de la maladie ; des formes sévères donnent une percussion de la rate et du foie absolument muette. Mais les rates volumineuses et les foies débordants accompagnent rarement la fièvre de Malte légère.

PRONOSTIC D'APRÈS LA FORME CLINIQUE

Forme pulmonaire

Les formes pulmonaires, plus dramatiques comme symptomatologie, ne sont pas des formes plus meurtrières et paraissent être de durée moindre : la moyenne de la maladie étant de six mois environ.

En voici des preuves :

Observation XX de Cantaloube

I. M..., 22 ans, début le 31 décembre 1909. Séjour au lit, deux mois. Durée, trois mois.

13 janvier : point de côté sous le sein gauche ; à ce niveau, petit foyer de pleurésie sèche, toux sèche quinteuse.

Température, 37°6-38°6.

Tout disparaît en quelques semaines.

Observation XXXVI de Cantaloube

Femme 20 ans. Début, 15 janvier 1909. Séjour au lit, cinq mois. Forme grave. Le 15 février, congestion de la base droite, crachats sanglants, toux quinteuse. La congestion persiste deux mois, puis passe à gauche, où elle reste quinze jours, puis revient à droite.

Durée totale, huit mois, quatre rechutes.

Observation CXLIX de Cantaloube

Femme 53 ans. Début brusque par une *pneumonie* du lobe inférieur droit. Fausse défervescence le huitième jour.

Le foyer de la pneumonie disparaît un mois après. Durée cinq mois.

Observation CXL de Cantaloube

Homme 64 ans. Début, janvier 1909. Séjour au lit, douze mois. Durée, quatorze mois.

Trois mois après le début, *congestion pulmonaire intense*. Durée, un mois.

Observation XCV de Cantaloube

Homme de 76 ans. Début, le 14 février 1909 par une congestion pulmonaire qui dure quelques jours avec délire calme.

Observation LXXXVIII de Cantaloube

Homme 35 ans. Début brusque le 7 février par une congestion pulmonaire droite occupant la moitié de la hauteur du poumon droit. La congestion s'éteint en dix jours. Durée, treize mois.

Observation CV de Cantaloube

Fille 3 ans. Début par une pneumonie droite avec rémission du 2 janvier au 17, puis congestion du poumon gauche. Grandes oscillations de la température.

Du 17 janvier au 20 février, cet état se maintient avec des exacerbations et des rémissions peu accentuées. Aphonie, toux et voix éteinte. Durée, cinq mois.

Observation CXVII de Cantaloube

Femme 22 ans. Début, le 2 janvier 1910 par pneumonie grave.

Le 10, défervescence, mais il persiste de la congestion pendant quinze jours. Durée, trois mois.

Observation CXVIII de Cantaloube

Homme 55 ans. Début brusque le 26 janvier 1909 par céphalée, frissons, délire. Durée, quinze jours, mieux de quatre jours, puis deuxième étape. Point de côté gauche, toux quinteuse, délire, agitation, diarrhée, frottements généralisés dans les deux tiers du poumon gauche, qui persistent jusqu'au dernier jour. Mort le 4 mars.

Observation XLIV de Cantaloube

Formes pseudo-rhumatismales

Les formes pseudo-rhumatismales avec arthralgies nombreuses, les formes à allures subaiguës sans température élevée paraissent durer plus longtemps sans qu'on puisse pourtant ériger cette remarque en loi absolue.

Les formes ambulatoires offrent tous les degrés, depuis les cas terminés en quelques semaines jusqu'à ces exemples d'infection anormalement prolongée pendant des mois et des années.

Il faut conclure de cet exposé que bien peu d'éléments serviront au praticien pour formuler d'avance à un malade impatient un pronostic ferme, du moins certains détails indépendants de la maladie permettront des présomptions. Les débilités, les tarés, alcooliques, tuberculeux, syphilitiques, les vieillards, comme dans toutes les autres infections, se défendront moins bien. Cependant, au moins dans un cas (observat. IX) j'ai pu constater la particulière résistance d'un syphilitique avéré, alcoolique impénitent, qui s'échappa en quelques semaines d'une fièvre de Malte à manifestations intenses.

Il est actuellement (un an et demi après) en pleine santé, bien qu'il n'ait rien changé à son genre de vie et qu'il ait confié à la nature le soin de guérir sa vérole.

Résistance particulière du sujet ?

Incompatibilité des deux microorganismes, spirochètes et *micrococcus* ?

Ou bien la guérison est-elle le fait du sérum antidiphtérique ou du nucléinate de soude ? Je laisse à de plus compétents le soin de conclure.

CONCLUSIONS

I. La fièvre de Malte n'est pas seulement une maladie longue et souvent douloureuse ; elle est aussi relativement meurtrière, puisque 10 % environ des méditerranéens succombent sous ses coups.

II. Quand elle ne tue pas, la fièvre de Malte reste encore redoutable par les difformités articulaires ou osseuses, les insuffisances organiques ou fonctionnelles, le déficit mental, qu'elle traîne parfois après elle.

III. La fièvre de Malte ne menace pas seulement la vie de l'individu. Survenant dans un milieu pauvre, elle y amène la misère et le découragement.

IV. D'une fièvre de Malte qui commence, on ne sait à quel moment et comment elle finira. Un début bénin n'empêche pas une évolution fatale, et la guérison couronne aussi bien une invasion dramatique et bruyante.

RÉFÉRENCES JUSTIFICATIVES

Bruce. — Note on discovery of a microorganism in Malta fever. *Practitioner*, sept. 1887.

Hughes. — Mediterranean Malta or ondulant fever London. *Journal of tropical medicine*, 1899.

Eyre. — Melitensis septicemia (Malta or mediterranean fever), Milray Lectures delivered before the Royal College of Physiciens of London. *Lancet*, 13, 20, 27 juin 1908.

— Mediterranean fever in a village near Lucca. *Lancet*, 30 juillet 1910.

Duran de Cottes. — Fiebre mediterranea ó de Malta, en España. Madrid, 1908.

Simond, Aubert, Blanchard et Arlo. — Bulletin Société Pathol. Exotique, juillet 1909.

Brault. — Un cas de fièvre de Malte. Gazette des Hôpitaux, 25 août 1910.

Gardon. — Thèse de Montpellier, 1906.

P. Ramon y Cajal. — *Gaz. san. de Barcelone*, 1907.

Phocas (d'Athènes). — Lésions osseuses de la fièvre de Malte. Congrès de chirurgie. Paris, 1910.

Tomaselli. — La febbre continua epidemica dominante in Catania ecc. Accademia Giaenuca, juin 1879.

Birt et Lamb. — *Lancet*, 1899, vol. II.

Cantaloube. — La fièvre de Malte en France. Maloine, éd., 1911.

Thibault. — Fièvre de Malte, *in* Traité de Path. Exot. Baillière.

Rauzier. — Un cas de fièvre de Malte à forme de pseudo-leucémie. Presse Médicale, 4 mars 1911.

Peyrot. — Rechute de fièvre de Malte consécutive à une hystérectomie vaginale. Montpellier Médical, août 1910.

Lagriffoul et Roger — Pseudo-rhumatisme méditerranéen. Gaz. des Hôpitaux, 1910, p. 965.

Sarradon. — Endocardite mitrale méditerranéenne. Echo Médical des Cévennes, octobre 1910.

Lemanski. — La fièvre méditerranéenne. Steinheil, éditeur.

Bourguet (Du). — Communication à la Société de méd. milit. franç. *In* Province Médicale du 4 février 1911.

Lastaria. — L'infezione melitense nella Patologia ostetrica et chirurgica. *Arch. italiana di ginecologia*, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire analytique 5

Avant-Propos 7

Division 9

Pronostic clinique 10

Séquelles osseuses et articulaires 17
Séquelles cardiaques 29
Séquelles nerveuses 30
Séquelles psychiques 31
Autres séquelles 34

Séro-pronostic 35

Pronostic social 37

L'application du pronostic 40

Conclusions 47

Bibliographie 49

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI